

総務省承認 No. 27438

承認期限 平成21年2月28日まで

平成20年国民健康・栄養調査

# 栄養摂取状況調査票

地区番号  -

市郡番号

世帯番号

都道府県

保健所

調査員氏名

確認者氏名

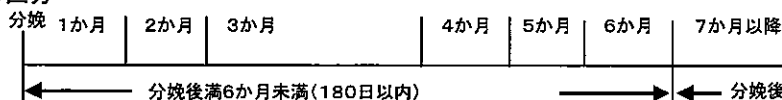
厚生労働省

# I 世帯状況・II 食事状況

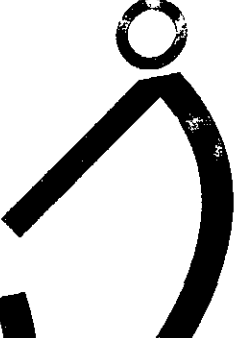
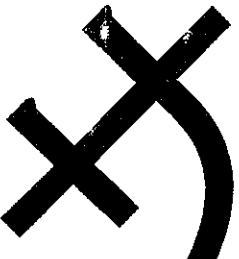
「栄養摂取状況調査票の書き方」に沿って、

| I 世帯状況       |        |                                                                                                |            |                                                                                                          |
|--------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 世帯員<br>番号 | 2. 氏 名 | 3. 生 年 月 日                                                                                     | 4. 性別      | 5. 妊娠・授乳<br>※1 分娩後の区分 参照                                                                                 |
| 0 1          |        | 1 明治 2 大正<br>3 昭和 4 平成<br><input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男<br>2 女 | 1 妊娠している <input type="text"/> 週<br>2 分娩後満6か月未満で現在授乳している<br>3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない<br>4 分娩後満6か月以上で現在授乳している |
| 0 2          |        | 1 明治 2 大正<br>3 昭和 4 平成<br><input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男<br>2 女 | 1 妊娠している <input type="text"/> 週<br>2 分娩後満6か月未満で現在授乳している<br>3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない<br>4 分娩後満6か月以上で現在授乳している |
| 0 3          |        | 1 明治 2 大正<br>3 昭和 4 平成<br><input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男<br>2 女 | 1 妊娠している <input type="text"/> 週<br>2 分娩後満6か月未満で現在授乳している<br>3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない<br>4 分娩後満6か月以上で現在授乳している |
| 0 4          |        | 1 明治 2 大正<br>3 昭和 4 平成<br><input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男<br>2 女 | 1 妊娠している <input type="text"/> 週<br>2 分娩後満6か月未満で現在授乳している<br>3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない<br>4 分娩後満6か月以上で現在授乳している |
| 0 5          |        | 1 明治 2 大正<br>3 昭和 4 平成<br><input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男<br>2 女 | 1 妊娠している <input type="text"/> 週<br>2 分娩後満6か月未満で現在授乳している<br>3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない<br>4 分娩後満6か月以上で現在授乳している |
| 0 6          |        | 1 明治 2 大正<br>3 昭和 4 平成<br><input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男<br>2 女 | 1 妊娠している <input type="text"/> 週<br>2 分娩後満6か月未満で現在授乳している<br>3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない<br>4 分娩後満6か月以上で現在授乳している |
| 0 7          |        | 1 明治 2 大正<br>3 昭和 4 平成<br><input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男<br>2 女 | 1 妊娠している <input type="text"/> 週<br>2 分娩後満6か月未満で現在授乳している<br>3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない<br>4 分娩後満6か月以上で現在授乳している |
| 0 8          |        | 1 明治 2 大正<br>3 昭和 4 平成<br><input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男<br>2 女 | 1 妊娠している <input type="text"/> 週<br>2 分娩後満6か月未満で現在授乳している<br>3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない<br>4 分娩後満6か月以上で現在授乳している |
| 0 9          |        | 1 明治 2 大正<br>3 昭和 4 平成<br><input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 1 男<br>2 女 | 1 妊娠している <input type="text"/> 週<br>2 分娩後満6か月未満で現在授乳している<br>3 分娩後満6か月未満で現在授乳していない<br>4 分娩後満6か月以上で現在授乳している |

※1 分娩後の区分



|              |  |
|--------------|--|
|              |  |
| 6. 仕事の<br>種類 |  |
|              |  |
|              |  |
|              |  |
|              |  |
|              |  |
|              |  |
|              |  |
|              |  |
|              |  |


[illegible]

- 3 -

| Ⅱ 食事状況                   |                          |                          | 身体状況調査項目                 |                                                                                          | * 調査員記入欄                         |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 朝                        | 昼                        | 夕                        | 一日の運動量(歩行数)<br>(15歳以上)   | 歩数計の装着状況 朝起きてから寝るまで、ほぼずっと着けていましたか。(入浴、水泳中などを除く)                                          | (ここには、記入しないで下さい)<br>確認したら、レ印をつける |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>(いずれかに、レ印をつけて下さい)            |                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>(いずれかに、レ印をつけて下さい)            |                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>(いずれかに、レ印をつけて下さい)            |                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>(いずれかに、レ印をつけて下さい) |                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>(いずれかに、レ印をつけて下さい)            |                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>(いずれかに、レ印をつけて下さい)            |                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>(いずれかに、レ印をつけて下さい)            |                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>(いずれかに、レ印をつけて下さい)            |                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>(いずれかに、レ印をつけて下さい)            |                                  |



調査員記入欄(ここには、記入しないで下さい)

[illegible]

2-1

その料理は、どのように  
家族で分けましたか？

[illegible]





2-2

その料理は、どのように  
家族で分けましたか？

[illegible]



3

その料理は、どのように  
家族で分けましたか？

[illegible]

調査員記入欄(ここには、記入しないで下さい)

[illegible]

4

その料理は、どのように  
家族で分けましたか？

[illegible]

## 調査員記入欄(ここには、記入しないで下さい)

[illegible]

月 日【予備】

# 食 物 摂 取 状 況 調 査

| 食事の種類 | 家族が食べたもの、飲んだものは全て記載してください |       |                                |     | その料理は、どのように家族で分けましたか？ |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|-------|---------------------------|-------|--------------------------------|-----|-----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|--|
|       | 料 理 名                     | 食 品 名 | 使用量<br>(重量または<br>目安量と<br>その単位) | 廃棄量 | 氏名                    | 氏名 | 氏名 | 氏名 | 氏名 | 氏名 | 氏名 | 氏名 | 氏名 | 残食分 |  |
|       |                           |       |                                |     | 1                     | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 残   |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |
|       |                           |       |                                |     |                       |    |    |    |    |    |    |    |    |     |  |



食事番号



[illegible]